Casuistische Beiträge

zu den

syphilitischen Erkrankungen des Auges.

Inaugural-Dissertation

zur

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des Herrn Professors Dr. v. Rothmund

verfasst und vorgelegt der

hohen medicinischen Facultät zu München

von

Anton Trinkgeld,

approb. Arzte.

München, 1880.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Casuistische Beiträge

zu den

syphilitischen Erkrankungen des Auges.

Inaugural-Dissertation

zur

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des Herrn Professors Dr. v. Rothmund

verfasst und vorgelegt der

hohen medicinischen Facultät zu München

von

Anton Trinkgeld,

approb. Arzte.

München, 1880.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C Wolf & Sohn.

Casuistische Beiträge zu den syphilitischen Erkrankungen des Auges.

Nach der eingehenden Bearbeitung, die gerade das Kapitel der luet. Augen-Affectionen wegen des allgemeinen practischen Interesses das sie bieten, gefunden hat, kann es nicht das Ziel dieser Arbeit sein, die Symptomatologie mit Neuem zu bereichern; indessen dürften die nachstehenden Mittheilungen gleichwohl nicht ohne Werth sein, da sie die therapeutische und statist. Seite der luetischen Affectionen berücksichtigen und Verfasser Gelegenheit hatte den vergleichenden Werth der Mercurialbehandlung und der zuerst von Bärensprung angeregten diaphoretischen Methode abschätzen zu lernen.

Es stand nach der Richtung hin mir das reiche Material sowohl von der augenärztlichen wie der syphilitischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses hier zu Gebote.

Neben der Therapie habe ich dem Symptomencomplexe bezüglich des Auftretens der zuerst von Klein urgirten Coincidenz der specifischen Iritiden und Retinitiden meine Aufmerksamkeit geschenkt.

Ebenso war es für mich von Interesse die Seggelschen Angaben über das numerische Verhältniss der spezifischen Entzündungen des Uvealtractus nach zu prüfen.

Fast nachdem ich die Arbeit schon zum Abschluss gebracht hatte wurde mir die jüngst erschienene Monographie von Dr. Schubert zugänglich und habe ich soweit es mir eben die Zeit noch gestattete dessen überaus werthvolle Mittheilungen noch vergleichend herangezogen.

Wenn heute das Thema der Syphilidologie fast erschöpft zu sein scheint und eine mächtige Literatur uns hiefür zu Gebote steht, so war es doch erst der Neuzeit vorbehalten, mit der Umgestaltung der Lehre der Syphilis auch für jene der luetischen Augenaffectionen eine sichere Basis zu gründen. Obschon im frühen Alterthum mancherlei Aufzeichnungen über venerische Augenkrankheiten sich finden, führt ja schon die indische Augenheilkunde Excesse in venere als Ursache für Augenentzündungen an und so lange man die Syphilis kennt war auch ihre Beziehung zum Auge erkannt, so sehen wir doch bis im 18. Jahrhundert herein ein wahres Verständniss fehlen.

Seit Aristoteles hatte man durch das ganze Mittelalter und auch noch später für alle Entzündungen am Auge den vagen Begriff „Ophthalmia" aufgestellt und vereinigte darunter bequem Alles, was der bulbus an Abnormem bot.

Erst 1811 schrieb Adam Schmidt eine bahnbrechende Arbeit über Iritis, er erwähnt allgemeine constitutionelle Einflüsse bei Erkrankung der Iris, hauptsächlich aber, betont Beir das aetiologische Moment, so bemerkt er bei William Lawrence in dem Abschnitte „Iritis syphilitica".

„Iris kann durch verschiedene Ursachen entzündet werden und eine der häufigsten ist vielleicht die syphilit. Ansteckung;" von Beir wurde auch zuerst das Condyloma Iridis beschrieben.

Man huldigte jetzt besonders der Nomenclatur und Symptomatologie. Bei der Diagnose der specifischen Iritiden achtete man wenig auf die allgemeinen, constitutionellen Erscheinungen sondern legte allzu grossen Werth auf die Lokalsymptome und die geringste Abweichung in diesen führte zur Aufstellung von neuen Formen; man kannte eine Iritis scabiosa, sponica, syphilitico-scorbutica — syphilitico-mercurialis u. a. m. Velpeau war es, der besonderen Werth darauf legte neben den lokalen Symptomen am Auge die allgemeinen zu berück-

sichtigen und eine Iritis syphilit. erst zu diagnosticiren, wenn ein specif. Exanthem, Genitalaffectionen od. sonst. secund. Sympt. sich fänden; in diesem Sinne sprach sich auch Hasner aus. Andrerseits gerieth man in der Folgezeit in den entgegengesetzten Fehler alle möglichen Affectionen, die beim Individuum mit allgemeiner lues vorkamen auch aetiologisch auf diese allgemeine Dyskrasie zurückzuführen.

Arlt und Jünken bahnten einen Mittelweg an, der auch heute noch als der beste erscheinen dürfte.

Uebereinstimmende Werthe über das Vorkommen der luetischen Iritiden im Verhältniss zur Gesammtsumme der syphilitischen Individuen sind bis jetzt noch nicht gewonnen; so fand Schröder 1—6%, Seggel 1,05%; eine Durchmusterung der Journale der syphilit. Abtheilung des Münchener Krankenhauses die sich auf einen Zeitraum von 5 Jahren beziehen, ergibt, dass unter den 1180 Individuen, die von 1876—80 incl. auf der syphilitischen Abtheilung in Behandlung standen 8mal Iritis constatirt wurde, also in 0,86%.

Entsprechende Zahlen aus dem Material der Augenabtheilung zu erlangen war naturgemäss nicht möglich.

Was fernerhin die Proportionalität der sogenannten genuinen und der syphilitischen Iritiden anbetrifft, so sind auch nach der Richtung hin die Zahlenangaben keineswegs durchaus übereinstimmend: Nach Cohn wären ungefähr 23% Iritiden luetischen Charakters, Coccius rechnete 7% heraus, Hasner 42%, Wecker 60—70%, ebenfalls auch Graefe 60% ebenso nähern sich die Zahlen von Mouthner und Alexander dem letzteren Prozentsatz (50—75%) während dagegen Arlt in seinem Beobachtungsmaterial nur 16% constatirte.

Von den 241 Iritiden die in den Jahren 1876—80 incl. an der Münchener Augenanstalt zur klin. Beobachtung kamen, waren 49 Fälle mit Sicherheit auf lues zurückzuführen, also 20%.

Diese auffälligen Schwankungen dürften ihren Grund zum Theil in lokalen Verhältnissen finden, zum Theil aber auch wohl in den Schwierigkeiten, welche nicht selten der exacte Nachweis der Syphilis mit sich führt.

Ueber das Vorkommen der hereditären syphil. Iritis standen mir keine Beobachtungen zu Gebote, durchwegs gehörten die behandelten Individuen dem 2—5. Lebensdecenium an mit vorwiegender Betheiligung der zwanzig bis vierziger Jahre; so trafen von den 49 Iritiden der Klinik allein 30 auf das 3. Decenium. Es stimmt diese Beobachtung auch mit den Mittheilungen Schuberts überein, denen zufolge die ersten und letzten Lebensperioden einen verhältnissmässig geringen Prozentsatz zum Contingente der luetischen Augenerkrankungen stellen.

In Bezug auf das Geschlecht entfielen von unseren Fällen auf Männer 26, auf Weiber 23 Iritiden; an der syphilitischen Abtheilung war das weibliche Geschlecht in überwiegender Anzahl betheiligt. Was die Vertheilung der luetischen Iritis auf das rechte oder linke oder beide Augen betrifft, so bin ich nicht in der Lage gewesen eine gewisse Prädisposition des linken Auges gegenüber dem rechten constatiren zu können; hier war das rechte Auge 21, das linke Auge 17, beide Augen 11mal befallen, letztere Zahl dürfte einen immerhin nicht geringen Prozentsatz für beiderseitige Iritis ausdrücken.

Was die Symptomatologie der luetischen Iritis anbetrifft unterscheidet sie sich subjectiv nicht von der sogenannten genuinen Iritis, dagegen ist auch mir die Disposition der Erkrankung der Iris für Exsudatbildung im Pupillargebiete aufgefallen. Ebenso hatten die von mir beobachteten Fälle in grosser Zahl Complikationen mit Uebergreifen des Processes auf die nächsten Nachbargewebe, insbesondere war der Glaskörper sehr häufig der Sitz materieller Veränderungen in Form von mehr oder minder ausgeprägten Trübungen.

Was die Recidivfähigkeit angeht, so ist das Beobachtungs-

Material, über welches ich verfügte, naturgemäss ein zu kleines, um daraus einen weitgehenden Schluss machen zu können.

Es wurde in unseren Fällen nur 2mal Recidive beobachtet.*)

Was die subjectiven Erscheinungen insbesondere den Schmerz und die Inject. anbetrifft, so finden sich in den von mir verfolgten Krankengeschichten keine genaueren Anhaltspunkte dafür, dass die luetische Iritis gegenüber der genuinen Form sich durch eine besondere Ciliarneurose und stärkerer Gefässfüllung in dem pericornealen Strom-Gebiete auszeichnet; auch mir sind bei der Durchsicht des Materials mehrere Fälle aufgestossen, in denen die subjectiven Erscheinungen fehlten. Ein stärkeres Hervortreten der Injection wie es Schubert bei derartig gelagerten Iritiden erwähnt habe ich nicht constatiren können.

Was die Therapie angeht, so habe ich schon Eingangs bemerkt, dass dieselbe für die syphilitische Abtheilung einst eine gleichartige ist. Während nämlich auf letzterer neben der lokalen Therapie (Atropin und Fomente) nur Inunctionen gemacht werden, wird an der Augen-Heilanstalt ein Hauptgewicht auf die diaphoretische Behandlungsweise gelegt und gilt eine methodisch durchgeführte Schwitzkur als ein Hauptfaktor bei der Behandlung der syphilitischen Iritis; ausser der Species lignorum hat sich hiebei die subcutane Injection von Pilocarpinum muriaticum vortrefflich bewährt.

Von den Krankengeschichten führe ich zunächst einen Fall von Iritis an, der dafür beweisend sein dürfte, dass eine

---

*) Anm. Wie bei der Recidive der Iritis überhaupt, so kommt auch bei der luetischen Form derselben ein mechanisches Moment zur wesentlichen Geltung; es sind das durch die primäre Iritis gesetzte und noch fortbestehende Synechien, die einen steten Reiz für die Regenbogenhaut bilden. In den recidivirenden Fällen findet man in der Regel solche Synechien und dürfte durch die vollkommene einmalige Beseitigung der sekundären syphilit. Iritis das hauptsächliche aetiologische Moment genommen sein.

frühzeitig eingeleitete antiluetische Kur nicht immer den Ausbruch einer Iritis hintanzuhalten im Stande ist.

A. M. 28 Jahre, Kaufmann, trat im April vorigen Jahres in die Anstalt.

Patient war schon in seiner Jugend Augenleidend, zum letztenmale vor 5 Jahren, wo er an Gonorrhoe litt; seit November vorigen Jahres wurde er an einem ulcus durum behandelt, 3 Monate später bildete sich ein Haut-Ausschlag, der vorzugsweise auf Stirne, Rücken und obere Extremitäten lokalisirt war. Seit etwa derselben Zeit Augenleidend wurde er bis jetzt ambulant behandelt, hatte indessen gleich nach Ausbruch der Initialerscheinungen eine grosse Schmierkur durchgemacht.

Stat. praes. Auf der Stirngegend, den oberen Extremitäten und der ganzen Rückenfläche ein deutlich papulöses Syphilid. Am frenulum eine markige Einziehung, Drüsen in den verschiedenen Regionen geschwellt, Hyperaemie des pharynx, foetor ex ore.

L. A. normal.

R. A. Ziemlich starke pericorneale Injektion, Iris stark verfärbt, Pupille nach unten und aussen verzogen durch 4 Synechien; die eine Irispartie ist ziemlich stark gewulstet, so dass sie den Pupillarrand überragt. Linsensystem rein, Glaskörper bei Durchleuchtung mit dem Spiegel von zahlreichen Trübungen durchsetzt. Eine Erkenntniss der Verhältnisse der Retina ist bei der starken Verdunkelung des Glaskörperraumes nicht möglich.

Die Ordination besteht in Einleitung einer starken Diophorese durch Darreichung von species lignorum 4 Tassen pro die und subcutaner Injection von Pilocarpin.

Lokal stündliche Instillation und feuchtwarme Umschläge.

Nach Verlauf einer Woche sind die Glaskörpertrübungen noch in gleicher Intensität vorhanden; während die Erscheinungen am rechten Auge zurückgehen wird, auf dem linken

Auge eine leichte Röthung wahrgenommen; dabei sieht die Regenbogenhaut intensiv verfärbt aus; gleichzeitig besteht eine sehr starke Ciliarneurose. Pupille sehr verengt.

Es entwickelt sich das typische Bild einer Iritis plastica mit intensiver Trübung des Glaskörperraumes, auch die Iritis des linken Auges verliert ihren starken Charakter indessen auf dem rechten Auge ein kleines Recidiv sich zeigt.

Eine Aenderung der Therapie wird nicht beliebt.

Unter den consequenten diaphoretischen — und Atropin-Behandlung war das Recidiv am rechten Auge bald wieder verschwunden. Nit dem Zurückgehen der Iritis hellt sich auch der Glaskörper auf; die bei der Entlassung vorgenommene ophthalmoscopische Untersuchung ergab keinerlei markante Veränderungen in der Retina oder Chorioidea. Eine Recidive ist inzwischen nicht wieder eingetreten.

Die Sehschärfe nur in mässiger Weise herabgesetzt.

$$S = \frac{2}{5} \quad Sn\ II.$$

Der folgende Fall betrifft ein 23jähriges Mädchen und kam an der syphilitischen Abtheilung zur Beobachtung.

Stat. praes. Ueber den ganzen Körper selbst das Gesicht ein papulöses Exanthem verbreitet; Genital-Affection und Drüseninduration nicht vorhanden.

Ordin. Inunctionskur.

Nach 8 Tagen klagt Patientin plötzlich über Lichtscheu, Schmerz und Stechen im rechten Auge.

Der Befund desselben war folgender: Iris deutlich verfärbt, Pupillarrand verzogen, leichter Beschlag an der Descemetischen Membran, Hornhaut und Linse ungetrübt, auch die opthalmoscopische Untersuchung ergab keine Trübung des Glaskörperraumes.

Ordin. Energische Fortsetzung der Inunctionen. Lokal Atropininstillat. und Fomente.

Unter dieser Behandlungsweise verlauft die Iritis in der

typischen Weise, während das vorher papulöse Exanthem jetzt den Charakter von Varicella syphilitica annimmt.

Die Regenbogenhaut ist nach Verlauf von 14 Tagen von ihrer anfänglichen Verfärbung aufgehellt, die Pupille zeigt die normale Form. Synechien haben sich nicht gebildet, das rechte Auge wieder von ganz normalem Befunde.

Exanthem bedeutend abgeblasst. Patientin bekommt noch die übliche Anzahl von Inunctionen und kann nach vierwöchentlicher Behandlung geheilt entlassen werden.

Hier und in den meisten Fällen, die an der syphilitischen Abtheilung zur Beobachtung kamen, war das begleitende Exanthem nicht das gewöhnliche maculöse sondern ein papulöses, einigemal selbst pustulöses, auch bei den Iritiden an der augenärztlichen Abtheilung fand sich, soweit ein Exanthem noch nachzuweisen war, in überwiegender Zahl das papulöse oder squamöse Syphilid vor, so finden wir auch bei Lawrence in dem Bande; „Iritis syphilitica" unter 15 Iritiden mit gleichzeitigem Exanthem dasselbe in 6 Fällen papulös in 3 schuppig tuberkulös einmal pustulös und 5mal squamös. Auch Zeissl erwähnt des häufigen Zusammentreffens von Iritis und papulösem Syphilid.

Eine genügende Aufklärung für diese auffallende Coincidenz von Iritis mit papulösem Exanthem oder überhaupt mit einer schwereren Form des Syphilids dürfte vielleicht darin zu suchen sein, dass eben eine Infection mit folgendem papulösen oder pustulösen Syphilid immer als schwerere Form von lues anzusehen ist, daher auch Complicationen wie die Iritis leichter auftreten können.

Weitaus seltener als die entzündlichen Affectionen der Iris sind die Gummata derselben. Die differentielle Diagnose ob man in einem jeweiligen Falle mit einem wirklichen Gumma oder am Ende nur mit einer partiellen stärker hervortretenden Schwellung des Irisgewebes oder endlich ob man es mit Iristuberkeln oder Granulom zu thun hat ist gerade durch

die patholog. anatom. Untersuchung der Neuzeit, die sich auf diesen Punkt hin richtete, eine ungemein schwierige geworden,

Es ist bekannt, dass auch bezüglich des Auftretens dieser eigenthüml. Neubildung eine ebenso grosse Differenz unter den Autoren herrscht als bezüglich des histolog. Charakters.

Die 2 Fälle die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, gehörten der sekundären Periode an. Auch ich war gleich Schubert im Gegentheil zu Seggel in der Lage in einem der Fälle die Coincidenz von Gumma und Condyloma lata nebeneinander zu beobachten.

Das Prozentverhältniss des Gumma zur allgemeinen Iritis ist nach dem Ergebnisse der klin. Journale von den letzten 5 Jahren 8,17%. Die Vermuthung Weckers, dass das Gumma besonders dort aufträte, wo die lues keine entsprechende Behandlung gefunden stimmt wenigstens mit diesen 3 Fällen nicht überein.

B. S. 40 Jahre. Eintritt in die Anstalt am 1. März 78.

Status praes.

Blasse, anaem. Hautfarbe. Ueber den ganzen Körper ein papulöses Exanthem verbreitet, das bereits in der Abschuppung begriffen ist. Drüsenschwellung nicht vorhanden anamnestisch eine luetische Infektion nicht zu eruiren.

R. A. Eine äusserst geringfügige pericorneale Injektion. Auf der Descemetischen Membran einige punktförmige Niederschläge, im oberen inneren Pupillarrande eine starke Synechie. Pupille durch Atropin ungleichmässig erweitert; Iris nicht entfärbt, die brechenden Medien und Augenhintergrund normal.

L. A. Stärkere pericorneale Röthung als rechts; Cornea intakt. Pupille ist diagonal-oval und trotz Atropininstillationen ziemlich eng, der obere innere Pupillar-Rand etwas zurückgezogen, der untere äussere ist fest mit der Linsenkapsel verwachsen. Details des Augenhintergrundes nicht zu erkennen wegen vorhandener Glaskörpertrübungen.

Es wird eine antiluetische Kur eingeleitet mit gleichzeitiger Diaphorese durch species lignorum.

Lokal: Atropininstillationen.

Während in den nächsten Tagen die schon anfänglich geringen Erscheinungen am rechten Auge zurückgegangen, ist am linken Auge noch Injektion vorhanden und die Pupille wie oben configurirt.

Nach Verlauf einer Woche erweitert sich bei fortgesetzter Atropinisirung auch die linke Pupille und sind jetzt die Beschläge an der Descemetischen Membran deutlich sichtbar. Patientin setzt die diaphoret. Kur noch einige Zeit fort und kann als geheilt entlassen werden, erscheint jedoch nach zwei Wochen wieder und ergibt sich nun folgender status.

$$S = \frac{20}{30} \text{ Jäg. II.}$$

R. A. Reizlos.

Am unteren Hornhautquadranten ein ganz feines schwarzes Pünktchen. An der Descemetischen Membran einzelne feine gelbliche Niederschläge.

Iris vollkommen intakt — keine Synechien.

L. A. Eine feine ciliare Injection. Cornea intakt; am oberen Pupillarrande ist der Iris ein gelbgrauliches Knötchen eingelagert: auf Atropininstiliationen zieht sich der Pupillarrand mit Ausnahme des oberen Theiles zurück.

An der vorderen Linsenkapsel eine feine Auflagerung; Augenhintergrund normal.

Der Irisknoten hebt sich deutlich von dem übrigen Irisgewebe ab in der Grösse von etwa 2 mm.

Unter der wieder eingeleiteten antiluetischen Kur treten die Erscheinungen nebst dem Gumma bald vollständig zurück.

Der beiden anderen gummösen Iritiden werde ich weiter unten gedenken, da sie seltener Weise durch tarsitis gummosa complicirt waren.

Nach der Iris ist es der hintere Theil des Uvealtractus,

welcher gerne der Sitz von sekundären Prozessen der lues wird.

Zwar ist es bis jetzt ebenso wenig wie bei Iritis gelungen, gewisse Charakteristika der specifischen Form der Ader- und Netzhaut Entzündungen gegenüber den anderen Chorioititiden und Retinitiden herauszufinden wie denn überhaupt das klinische Studium der Chorioiditis und Retinitis wegen der nicht selten gleichzeitigen Veränderungen des Glaskörpers und den dadurch bedingten erheblichen Verschleierungen des Augenhintergrundes noch immer die grössten Schwierigkeiten macht. Während man früher nach dem Vorgange von Graefe und Förster die sogenannte Chorioiditis disseminata geradezu als eine der lues ganz besonders eigenthümliche Entzündungs-Form ansprach, ist man in der neueren Zeit von einer solchen Auffassung (Manz, Mooren, Liebreich) zurückgekommen.

Was die Mitbetheiligung der Retina an den luetischen Prozessen, die sich im Innern des Auges lokalisiren, angeht, so herrscht darüber eine weitaus noch grössere Unsicherheit, mir scheint es wenigstens zuweit gegangen zu sein, wenn Klein in seinem Lehrbuch die Meinung ausspricht, dass fast jede Iritis complicirt sei mit einer Retinitis. Man muss daher Schubert unbedingt beipflichten, dass bei vorhandener Trübung der brechenden Medien eine Mitleidenschaft der Retina und des Opticus erst dann mit Sicherheit angenommen werden kann, wenn von Seite des Seh-Vermögens derartig hochgradige Störungen vorliegen, dass sie nicht proportional den Trübungen der Medien sind.

Auf diesen Punkt hin hab' ich denn auch bei 5 Individuen die entsprechenden Functionsprüfungen vorgenommen, ohne zu einem Resultate zu gelangen, welches die Annahme einer trüben Schwellung der Retina, wie solche durch die Glaskörpertrübungen vorgetäuscht wurde, gerechtfertigt hätte.

Man wird daher mit der Annahme der Retinitis ein wenig vorsichtig sein müssen.

Auf weit gediegenerem Boden steht nach der Richtung hin diejenige Form der Retinitis, welche sich vorzugsweise in den centralen Lagen der Netzhaut lokalisirt, in einer trüben Verfärbung der Papille besteht und an der Peripherie der Gefässe entlang laufend unmerklich in das normale Bild der Retina überführt.

M. M. 39 Jahre. Müller trat am 20. XI. 78 in die Augenanstalt.

Patient gibt an, seit März dieses Jahres ein Geschwür am Gliede gehabt zu haben, im Verlaufe der folgenden Monate sei dazu ein Ausschlag mit Halsentzündung getreten, seit 5 Monaten will er auch abwechselnd auf beiden Augen an einer heftigen Entzündung gelitten haben. Pat. ist in ärztlicher Behandlung nicht gestanden.

Stat. praes. Der Mann ist von kachectischem Aussehen, am Praeputium zeigt sich eine eingezogene Narbe; Inguinal- und Cervical-Drüsen indurirt.

R. A. Lider intakt. Conjunctiva bulbi mässig injicirt — Cornea normal, Pupille durch 2 hintere Synechien nach Unten und Innen verzogen. Iris stark verfärbt — Reaction der Pupille sehr mangelhaft, bei Durchleuchtung mit dem Augenspiegel erscheint die Pupille ziemlich stark verschleiert, das peripapilläre Gewebe etwas getrübt, das übrige Gebiet der Retina weisslich verfärbt, längs den Hauptgefässen setzt sich die weissliche Trübung des an die Papille angrenzenden Gewebes in Form von weisslichen Streifen fort; sonst sind keine weiteren Veränderungen der Retina wahrnehmbar.

L. A. Ebenfalls mehrere Synechien in der oberen äusseren Circumferenz der Pupille, im Uebrigen fast der gleiche Befund wie rechts. Den retinalen Veränderungen entsprechend ist die Sehschärfe derart herabgesetzt, dass der Kranke den vorgehaltenen Finger nur auf 2 Meter zu erkennen vermag, in

gleicher Weise ist eine sehr starke Beschränkung des Gesichtsfeldes vorhanden.

Es wurde eine sehr starke Sublimatkur eingeleitet, indessen erwies sich die Therapie nach jeder Richtung hin erfolglos und es verfiel zunächst die centrale Sehschärfe mehr und mehr.

Nach 6 Monaten stellte sich Patient wieder vor.

Die papilläre Trübung hat noch mehr zugenommen sowie auch die Abnahme der Sehschärfe. — Dabei war die Papille weisslich verfärbt, die Gefässe verengt.

Der vorgehaltene Finger wurde nur bei einer Annäherung auf $^1/_2$ Meter erkannt.

Bei einer nochmaligen späteren Untersuchung, Patient kam nach 5 Monaten wieder in die Anstalt, war der Befund ganz derselbe wie oben.

Was die gummösen Neubildungen der Sclera und der Conjunctiva betrifft, so sind sie ein so überaus seltenes Vorkommniss, dass beispielsweise unter den 20000 Fällen Cohns nicht ein einziger zur Beobachtung kam. Bis jetzt sind mir nach der Richtung hin in der Literatur nur die Fälle von Estlander, Hirschberg, Arlt, Barbor bekannt.

Angesichts dieses immerhin ausnahmsweisen Vorkommens gestatte ich mir im Nachstehenden 2 sehr interessante Fälle von Scleritis syphilitica ausführlicher mitzutheilen.

R. A. 30 Jahre, trat Monat Juli vorigen Jahres in die augenärztliche Klinik.

Pat. steht seit einigen Wochen in Behandlung wegen constitut. Syphilis bei einem Specialarzte. Seit ungefähr 8 Tagen bemerkte er eine zunehmende Röthung der Augen und vermehrte Thränensekretion.

Stat. praes. R. A. In dem äusseren Quadranten der Conjunctiva bulbi findet sich ein etwa erbsengrosser bis hart an den Corneallimbus heranreichenden etwa 3mm. über die übrige Conjunctivalfläche hervorragender, leicht durchscheinender, von zahlreichen Gefässen überzogener tumor. Derselbe

ist von mittlerer Consistenz und zeigt in seinem Centrum eine ziemlich starke Verjüngung. Die Sclera in der Umgebung des tumors ist ziemlich stark injicirt.

L. A. Hier zeigt sich in dem oberen inneren Quadranten der Conjunctiva bulbi eine Prominenz von derselben Grösse und Beschaffenheit.

Im Uebrigen sind beide Augen reizlos.

Unter der bisher geübten Therapie (Mercurialkur), gingen die Geschwulstbildungen in der Sclera nach etwa 14 Tagen völlig zurück; als einziges Zeichen der stattgehabten Veränderung zeigte sich eine leichte Verdünnung der Sclera.

H. W. 28 Jahre, Kaufmann.

Ganz analog in den Erscheinungen aber nur einseitig kam in derselben Zeit ein Fall zur Beobachtung, bei einem Patient, bei welchem vor 5 Monaten die Initialerscheinungen eingetreten waren: neben der Affection am rechten Auge war noch eine laryngitis luetica und ziemlich bedeutende Bubonen vorhanden.

Es wurde Jodkali innerlich gegeben, lokal Zinkumschläge angewendet, etwa 8—14 Tage war auch hier der ungefähr linsengrosse tumor der Sclerae verschwunden.

Gar nicht so selten scheinen die luetischen Affectionen der Lider zu sein, speciell die sogenannte Tarsitis syphilitica auch davon konnte ich einen sehr interessanten Fall im vorigen Jahre verfolgen, der andere datirt vom Jahre 79.

K. N. 20 Jahre, fil. publ.

Pat. litt in ihrem 4. Lebensjahre an einer Hornhautentzündung des linken Auges, welche mit einem Durchbruch der Hornhaut und Leukom endigt und eine Iridektomie erforderlich machte.

Im Mai 80 wurde Patientin in die Abtheilung für Syphilis aufgenommen, der Krankheitsbefund von damals ergibt Condylomata lata ad Genit. und maculöses Exanthema.

Die Ordinat. bestand in einer energ. Einreibungskur.

Im Juni wurde Patientin von der syph. Abtheilung der augenärztlichen überwiesen und folgender Augenbefund constatirt:

R. A. Conjunctiva bulbi zeigt eine sehr starke pericorneale Injection. Die Membrana Descemetii ist fast in ihrer ganzen Ausdehnung mit einem punktförmigen Beschlage belegt, Vorderkammer - Wasser ziemlich stark getrübt, Iris schmutzig verfärbt, Pupille sehr eng, erweitert sich nach wiederholter Instillation etwas.

Am inneren und äusseren ebenso lateralen wie medialen Theil der Iris starke Synechien, desgleichen ein fleckiger Beschlag auf die vorderen Linsenkapsel.

Auf dem linken Auge findet sich unten ein leukoma adhärens, nach oben ein Coloboma artificiale, in der dem letzteren entsprechenden Partie der Cornea ist das Gewebe mehrfach streifig getrübt, so dass eine genaue Durchleuchtung des Augengrundes nicht möglich ist.

Linse normal.

Finger auf 2 m, gesehen.

Rechts Hand auf 2 m.

Die schon begonnene Schmierkur wird fortgesetzt, daneben die Iritis in üblicher Weise behandelt.

8 Tage nachdem Patientin in Behandlung getreten, wurde bei der Morgenvisite im oberen inneren nasalen Irisquadranten an der scleralen Partie eine leicht röthlich aussehende stecknadelkopf grosse Erhabenheit bemerkt, die nur wenig über die übrige Irisfläche hervorragt.

Pupille hat sich etwas erweitert Synechien noch nicht gerissen; ebenso ist das flockige Exsudat auf der vorderen Linsenkapsel noch von gleicher Beschaffenheit.

In den folgenden Tagen wuchs der tumor ungefähr zur Grösse einer kleinen Linse; die Farbe desselben spielte mehr in's Gelbliche hinein.

5 Tage später fing die Prominenz an kleiner zu werden und am 9. August war das Gumma vollständig verschwunden.

Auch die iritischen Reizerscheinungen gingen zurück, ebenso ist eine Abnahme der Beschläge der Descem. Membran zu constatiren.

Am 21. Aug. exacerbirten die irit. Erscheinungen; die pericorneale Injiction wurde stärker, ausserdem klagt Pat. seit gestern über starke Schmerzen am oberen Lide, die gegen die Stirne hin ausstrahlen.

Im Verlaufe des folgenden Tages konnte eine ziemlich starke Röthung und Infiltration des oberen Lides constatirt werden.

Das Lid wurde mit Jod bepinselt ausserdem Jodkali innerlich gereicht.

Am 3. December ist die Lidschwellung völlig verschwunden, ebenso war es auch jetzt möglich, den Augen-Hintergrund zu durchleuchten:

Die Papille und Retinalgewebe etwas verschleiert.

Die Synechien innen und aussen gerissen, nach oben hin bestehen sie noch fort. Am link. Auge stat. id. Pat. dim.

$$S = \frac{3}{12}. \text{ Sn III.}$$

Der andere Fall von Tarsitis betraf den 27jährigen Oekonom F. L. Pat. gibt an, einige Monat vor seinen Eintritt an den Genitalien ein Geschwür gehabt zu haben; unter ärztlicher Behandlung vernarbte das Geschwür und nach Verlauf einiger Wochen zeigte sich ein rother Ausschlag am ganzen Körper nach der Beschreibung ein papulöses Syphilid.

Bei der Aufnahme des Kranken ergibt sich folgender Zustand status.

R. A. Vollkommen reizlos bietet ophthalmoscop. wie funktionell keinerlei Störung.

L. A. Handbewegung auf 0,5 m. sichtbar.

Geringe Schwellung und Röthung der Lider-Conjunctiva

sowohl in ihrem palpebralen als pericornealen Theile mässig hyperaemisch.

Cornea durchwegs transparent. Am Boden der vorderen Augen-Kammer ein etwa $^1/_2$ mm. hohes Hypopion.

Iris verfärbt von grauröthlichem Aussehen, stark gewulstet, Temporalwärts ist sie in ihrem Scleralabschnitt in einen weisslich aussehenden tumor verwandelt, der von Erbsengrösse mit seiner vorderen Fläche der Descemet. Membran anliegt.

Die Pupille und die vordere Linsen-Kapsel ist von einer bräunlich aussehenden Schwarte eingenommen, mit welcher der Pupillarrand vollkommen verwachsen ist.

Da nach energisch eingeleiteter Schmierkur die Entzündungs-Erscheinungen der Iris keinen wesentlichen Rückgang machen, so wurde am 25. Juni die Iridektomie nach Unten und Aussen gemacht.

Der Heilverlauf war ein durchaus normaler, die Entzündungs-Erscheinungen der Iris gingen in den nächsten Tagen in auffälliger Weise zurück.

Am 6. Juli trat plötzlich eine starke Schwellung beider Oberlider ein, während dieselbe am linken Lide einen mehr akut entzündlichen Charakter hatte, indem die Lidhaut sehr stark geröthet und verdünnt war, zeigte sich dagegen das rechte Oberlid gleichmässig infiltrirt und reizlos.

Es wurde Jodkali innerlich gereicht, örtlich kalte Umschläge angewendet.

Nach etwa 10 Tagen war die gleichmässige Schwellung der Lider, die sich auch bis auf das tarsale Gewebe erstreckt hatte, verschwunden.

Patient konnte am 30. Juli mit folgendem Sehvermögen des linken Auges entlassen werden.

$$S = \frac{4}{12} \text{ Sn III.}$$

Was die Affectionen der Cornea anbetrifft, so sind nachdem Hutschinson zum erstenmale auf die Beziehung der er-

erbten Syphilis und das Auftreten der Keratitis parenchymatosa aufmerksam gemacht hat, dieselben ein nicht allzuseltenes Vorkommniss, nur dürfte Hutschinson in der Deutung des Zahndefectes zu weit gegangen sein, da die Keratitis parenchym. auf luetischer Basis auch häufig ohne einer solchen beobachtet werden kann und andrerseits dieser Substanzverlust des Zahnes gefunden wird ohne dass eine Hornhautentzündung zu eruiren wäre.

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer Herrn Professor v. Rothmund für die Ueberweisung dieser Arbeit sowie für die gütigst erlaubte Ueberlassung des Krankenmaterials, dessgleichen dem Oberarzte der III. medicin. Abtheilung, Herrn Dr. Posselt, meinen geziemendsten Dank auszusprechen.